

Photo
d'identité

Dossier de demande d'admission

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

Le dépôt de ce dossier ne vaut en aucun cas admission. Si la candidature correspond à la prise en charge proposée au centre le Brasset, le dossier sera placé sur une liste d'attente.

Ce dossier ne sera étudié que s'il est rempli de manière exhaustive. Dans le cas contraire, il vous sera retourné.

Il devra être accompagné d'une photo d'identité et des bilans demandés dans ce dossier.

Après étude du dossier par nos services, si la décision est favorable, un certain nombre de documents complémentaires sera demandé. **L'admission ne sera validée qu'à réception de l'ensemble des documents.**

Pour toute demande d'admission, merci de joindre la photocopie de la pièce d'identité du jeune concerné.

Jeune concerné
par la demande :

Patient dans
l'incapacité de
décliner son
identité

OUI

NON

Type de séjour

Hospitalisation complète

Hospitalisation de jour

Séjour de répit de

Prescripteur

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement

Fin/Retour d'hospitalisation

Maintien à domicile difficile

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur Madame Madame, Monsieur

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____

PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI NON

Si OUI :

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI NON

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI NON

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être recueilli

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même OUI NON

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter⁽¹⁾

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

SUIVI SOCIAL

La personne concernée bénéficie-t-elle d'un suivi social

OUI

NON

Si OUI :

Nom du référent du

Service social

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe _____ - _____ - _____ - _____ - _____

Téléphone portable _____ - _____ - _____ - _____ - _____

Adresse email _____

La personne concernée est-elle suivie par l'Aide Sociale à l'Enfance

OUI

NON

Si OUI :

Nom du référent ASE

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe _____ - _____ - _____ - _____ - _____

Téléphone portable _____ - _____ - _____ - _____ - _____

Adresse email _____

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : IMMEDIAT

DANS LES 6 MOIS

ECHEANCE PLUS LOINTAINE

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN SEJOUR DE REPIT : ____/____/____

Date de la demande : ____/____/____

Signature de la personne concernée
ou de son représentant légal

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Centre le Brassat – 14 rue Louis Braille – 77100 MEAUX

Tél. : 01 60 09 87 10 – Fax : 01 60 09 87 13 – Email : administratif.lebrasset@croix-rouge.fr

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

--	--

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

Allergies OUI NON

Si oui précisez :

PORTEUR DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

NE SAIT PAS OUI NON

Si oui, précisez (localisation, etc...)

Date du dernier prélèvement

Autres risques

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

Cécité

Surdité

OUI	NON

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

OUI	NON
-----	-----

REEDUCATION

Kinésithérapie

Orthophonie

Ergothérapie

Psychomotricité

OUI	NON

(si oui, joindre un bilan)

Centre le Brasset – 14 rue Louis Braille – 77100 MEAUX

Tél. : 01 60 09 87 10 – Fax : 01 60 09 87 13 – Email : administratif.lebrasset@croix-rouge.fr

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL (suite)

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		1	2	3	4
Transfert - déplacemen	A l'intérieur				
	A l'extérieur				
Toilette	Haut				
	Bas				
Elimination	Urinaire				
	Fécale				
Habillage	Haut				
	Moyen				
	Bas				
Alimentation	Se servir				
	Manger				
Orientation	Temps				
	Espace				
Communication pour alerter					

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Désinhibition		
Troubles du sommeil		

	OUI	NON
Alimentation normale		
Mixée		
Moulinée		
Autre		
Si oui, précisez : <input style="width: 100%;" type="text"/>		

1 : Indépendance ; 2 : Avec supervision ; 3 : Assistance partielle ; 4 : Assistance totale

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	Oui	Non	Localisation	Stade	Durée du soin	Type de pansement
Soins d'ulcère						
Soins d'escarres						

SOINS TECHNIQUES	Oui	Non
Trachéotomie		
Gastrostomie		
Colostomie		
Sonde nasogastrique		
Sonde urinaire		
Urétérostomie		
Oxygénothérapie		
Autre (précisez)		

APPAREILLAGES	Oui	Non
Fauteuil électrique		
Fauteuil manuel		
Déambulateur		
Aide à la marche		
Coussin sur fauteuil		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Coussins de positionnement au lit		
Barrières de protection		
Autre (précisez)		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS, ...)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

Nom Prénom(s)

ADRESSE
N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Date

Signature et cachet du médecin

RENSEIGNEMENTS PSYCHOLOGIQUES

Un bilan des fonctions cognitives a été réalisé OUI NON

Si oui, Lequel :

Date du dernier bilan :

NOM ET COORDONNEES PSYCHOLOGUE (nom, prénom, adresse, téléphone) :

Compte rendu psychologique OUI NON (si oui, joindre le compte rendu sous pli confidentiel)

RENSEIGNEMENTS EDUCATIFS

Son emploi du temps actuel	Matin :
	Après-midi :
Ce qu'il aime, ce qu'il n'aime pas	
Ses capacités	- Sait lire et écrire OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
	- Sait se déplacer seul OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
Comportement du jeune	- Est calme, réservé OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
	- Est extraverti OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
	- A des comportements inadaptés OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
Mode de communication	- Sait parler OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> avec difficulté <input type="radio"/>
	- Utilise un code de communication OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Si oui, lequel : <input type="text"/>

INFORMATIONS DIVERSES

Informations importantes à connaître concernant le jeune

RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES

Ecole d'origine :

Niveau Scolaire :

Temps de Scolarisation hebdomadaire :

Profil de l'élève (points forts/points faibles) :

Capacités motrices :

Adaptations techniques particulières (logiciels utilisés, types de souris, code de communication, aides....)

Pièces à fournir :

- Compétences du socle commun
- Emploi du Temps
- Projet Personnalisé de Scolarisation
- Bulletins ou évaluations